FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 N°

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

DE

QUELQUES COMPLICATIONS IMMÉDIATES DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Observées à Alger de 1909 à 1912

PAR

EMILE REBUFFAT

Né à Alger le 18 juillet 1886

Ancien interne des hôpitaux d'Alger
Ancien aide d'anatomie à la Faculté de Médecine d'Alger
Lauréat de l'Ecole supérieure de Médecine d'Alger (1907-08—1908-09
Titulaire de la mention honorable des épidémies
(Ambulance d'El-Kettar — Typhus 1910)

Président : M. THOINOT

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
Jules ROUSSET
1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mes chers disparus

A ma Mère

A mon Père

A mes Sœurs
Valentine et Jenny Rebuffat

A ma Femme

A mes chers petits
Danielle et Marc

A tous ceux qui me sont chers

29289

A MON MAITRE

M. le Docteur V. GILLOT

Professeur-adjoint à la Faculté de Médecine d'Alger

Médecin des Hôpitaux

A mes Maitres

des Facultés et des Hôpitaux

d'Alger et de Paris

A mes compagnons d'études

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur THOINOT

Professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Depuis l'épidémie de 1898, le typhus exanthématique, à l'état endémique dans certaines régions de l'Algérie, ne s'était manifesté à Alger, que par quelques cas isolés. A l'Ambulance d'El-Kettar, en 1908, il n'avait pas été soigné de malades atteints de cette affection.

Brusquement, au mois d'Avril 1909, après une forte épidémie de variole, un grand nombre de cas de typhus se déclarent ; l'épidémie, fort probablement importée de Kabylie, prend au mois de mai une grande extension, mais décroît ensuite rapidement. De Septembre 1909 à Février 1910, il n'est soigné à l'Ambulance, que quelques rares cas. Au mois de Février 1910, l'épidémie renaît, atteint son maximum en Avril-Mai, et disparaît à peu près au mois d'Août. Quelques cas de ce moment au mois de Mai 1912.

Pendant notre séjour à l'Ambulance, dans le service du Dr Gillot, lors de l'épidémie de 1910, nous avons pu observer un certain nombre de complications; d'autres ont été mentionnées au cours de l'épidémie de 1909

et des années 1911 et 1912 : ce sont ces complications que nous nous proposons d'étudier.

Dans tous ces cas, il semble qu'il s'agit, comme le fait observer M. le Professeur Thoinot, d'infections secondaires. Dans notre thèse nous n'avons envisagé que les infections secondaires immédiates, celles qui ont accompagné la maladie ou se sont produites pendant la convalescence et nous avons laissé de côté les infections tardives, dont la tuberculose est la plus fréquente.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet nous avons des devoirs de reconnaissance à remplir.

Nous savons les lourds sacrifices que se sont imposé nos parents pour notre instruction et notre éducation : qu'ils voient dans ces quelques mots un faible témoignage de reconnaissance de notre part.

Nous remercions nos maîtres d'Alger et de Paris de l'enseignement qu'ils nous ont donné, et nous envoyons un cordial souvenir à nos camarades d'études.

Nous avons trouvé à Paris, en la personne du Dr Marqueste un ami dévoué : nous conserverons toujours le souvenir des bons moments que nous avons passés ensemble.

Le sujet de cette thèse évoque notre séjour, à l'Ambulance d'El-Kettar, le meilleur moment de nos études.

Qu'il nous soit permis de remercier M. le Dr Gillot, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe et l'interne, de l'instruction qu'il nous a donnée pendant

plus d'un an. Nous le remercions aussi de nous avoir confié les observations que nous allons rapporter.

Nous nous rappelons avec plaisir le bon temps passé avec nos chers compagnons d'internat : les Drs Biscos, Alberti, Bit et Deshayes.

Nous remercions le Dr Vivien qui a bien voulu nous rechercher les observations de cette thèse.

M. le Professeur Thoinot nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : qu'il veuille bien recevoir tous nos remerciements.

Comme toutes les maladies infectieuses, le typhus exanthématique peut s'accompagner de complications, capables d'intéresser à peu près tous les organes.

Mais il semble que ces complications ont une tendance à se localiser plus fréquemment sur un même organe au cours d'une même épidémie.

Murchison, qui rapporte, dans son ouvrage sur le typhus exanthématique, les observations des auteurs anglais pendant plus d'un siècle, les décrit à peu près toutes. Mais en Allemagne et en Autriche, au XVIII[e] siècle, les complications pulmonaires prédominent. Les médecins militaires lors de la guerre de Crimée, Barralier, au bagne de Toulon, en 1861, voient surtout des lésions suppuratives et gangréneuses. En Algérie, en 1863, Léonard, Marit...., en 1868-69, Kelsch, Beaugrand, Vital.... signalent aussi des suppurations, des gangrènes, des affections pulmonaires, comme accompagnant le plus souvent une atteinte de typhus. Enfin, en France, en 1893, pendant les épidémies de Paris et de Lille ce sont des complications intéressant l'appareil respiratoire qui ont attiré, par leur fréquence relative

et par leur caractère de gravité, l'attention des observateurs.

A Alger, au cours de ces dernières années, il semble que les inflammations atteignant la parotide aient été les plus nombreuses. A côté d'elles, nous avons pu observer quelques complications pulmonaires et gangréneuses. Nous allons rapporter, puis discuter les observations que nous avons recueillies.

PAROTIDITES

OBSERVATION I

PAROTIDITE GAUCHE NON SUPPURÉE. — COLLAPSUS ALGIDE. *Décès.*

H... bent A..., femme indigène de 30 ans, entre le 25 juin 1909, salle Laveran. On ne peut avoir de renseignements sur le début de la maladie. La malade est dans un état asthénique très marqué. T = 40°2. 112 pulsations à la minute. Langue sèche et saburrale. Eruption roséolique surtout visible dans le dos.

26 Juin. — Légère cyanose des extrémités. — Pouls imperceptible.

27 Juin. — Langue extrêmement sèche et rôtie. La région parotidienne gauche est légèrement tuméfiée. Pansement humide. T = 39°.

28 Juin. — Tuméfaction énorme et diffuse au niveau de la parotide.

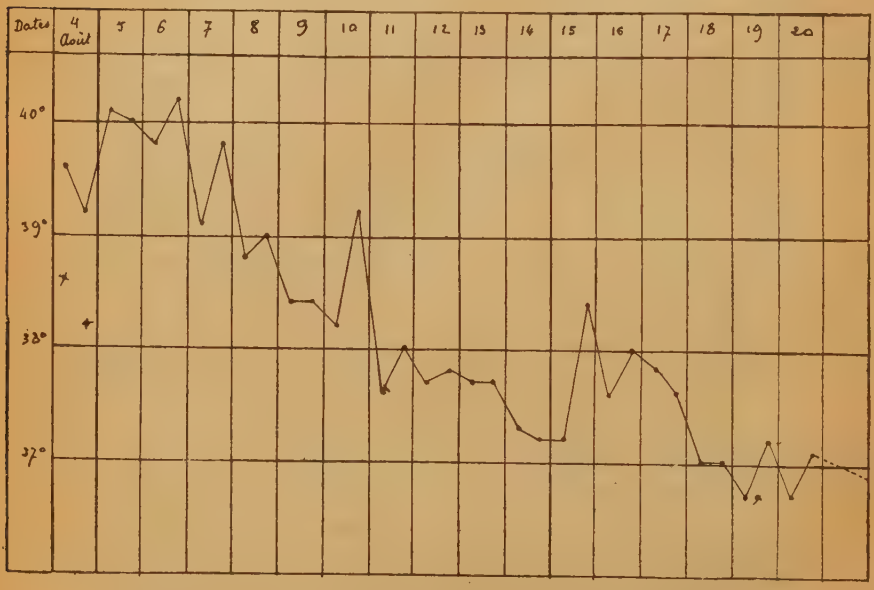
29 Juin. — La région parotidienne gauche est toujours tuméfiée. La malade avale difficilement. La température tombe à 37°2. Pouls petit et accéléré = 112. Etat de collapsus algide. La malade est décédée à 11 heures du soir. Pas d'autopsie.

OBSERVATION II

PAROTIDITE DOUBLE SUPPURÉE. — *Guérison.*

(Voir courbe de température.)

A..· ben B..., indigène, âgé de 15 ans, entre le 4 Août 1909, salle Straus. Il se dit malade depuis dix jours. Etat typhique très net. Asthénie. Langue saburrale et sèche. Dents fuligineuses. Conjectives oculaires injectées. Myalgie à la pression. Eruption assez discrète de petites tâches presque punctiformes abondantes à la partie antérieure des avants-bras.



Jusqu'au 9 Août, la maladie évolue à peu près normalement. Délire nocturne assez prononcé. Constipation opiniâtre.

9 Août. — L'Etat du malade s'est amélioré, mais on constate

du gonflement des deux régions parotidiennes. Application de pommade mercurielle. On ensemence du sang sur bouillon.

10 Août. — Les fluxions s'accroissent. La culture du sang donne des staphylocoques, et des diplocoques, aussi mobiles que le bacille d'Eberth, ne prenant pas le Gram, et qui ne sont pas agglutinés par le sérum de typhique.

12 Août. — Les deux fluxions parotidiennes sont très tendues et douloureuses, surtout dans la région de l'angle du maxillaire.

13. Août. — La tuméfaction est énorme. Le malade à la tête « en forme de poire ».

14 Août. — La parotide gauche est fluctuante. Ponction à la seringue. On a la sensation d'être dans une cavité, mais on ne retire pas de pus.

15 Août. — Incision au bistouri de deux abcès parotidiens. Il sort un pus épais et crémeux. Drainage. Pansements humides au sublimé. Examen du pus à l'état frais : gros cocci mobiles. Après coloration : staphylocoques, prenant le Gram ; diplocoques ne le prenant pas.

A partir de ce jour le malade est pansé régulièrement. Il ne s'écoule pas beaucoup de pus des abcès. Le 23 Août, les drains sont retirés.

Le 8 Septembre le malade sort, guéri. Le résultat est excellent : il reste à peine deux petites cicatrices.

OBSERVATION III

PAROTIDITE DROITE NON SUPPURÉE. — *Guérison.*

M... ben A..., indigène, âgé de 58 ans, marchand ambulant, entre le 15 Avril 1910, salle Jenner, évacué de l'Infirmerie municipale. Le début de la maladie remonterait à deux jours. Conjonctives oculaires légèrement injectées, langue saburrale et sèche. Pas de constipation. Eruption exanthématique discrète, seulement visible sur les avant-bras.

La maladie a présenté le fait remarquable d'avoir évolué sans élévation thermique notable : la température a varié entre 37° et 38°.

Le 19 avril, à la visite du matin, le malade présente une parotide droite très grosse et très douloureuse : cette tuméfaction s'est produite très rapidement car à la contre-visite de la veille au soir on n'avait rien remarqué, Pansement humide.

20 Avril. — La tuméfaction s'est encore accentuée, soulevant le lobule de l'oreille : elle est très dure.

21 Avril. — La tuméfaction reste stationnaire. Elle commence à regresser les jours suivants et disparait très rapidement.

Le malade sort guéri le 29 Avril, ne présentant plus rien du côté des parotides.

OBSERVATION IV

PAROTIDITE DOUBLE SUPPURÉE. — *Malade sortie avant guérison.* (Voir courbe de température).

Y... bent A..., femme indigène de 41 ans, entre le 20 mai 1910, salle Laveran, avec le diagnostic de typhus exanthématique, confirmé, sans éruption bien visible. Langue saburrale et sèche. La malade est syphilitique et présente des lésions hypertrophiques des grandes lèvres et de tout le vestibule vaginal avec un écoulement muco-purulent.

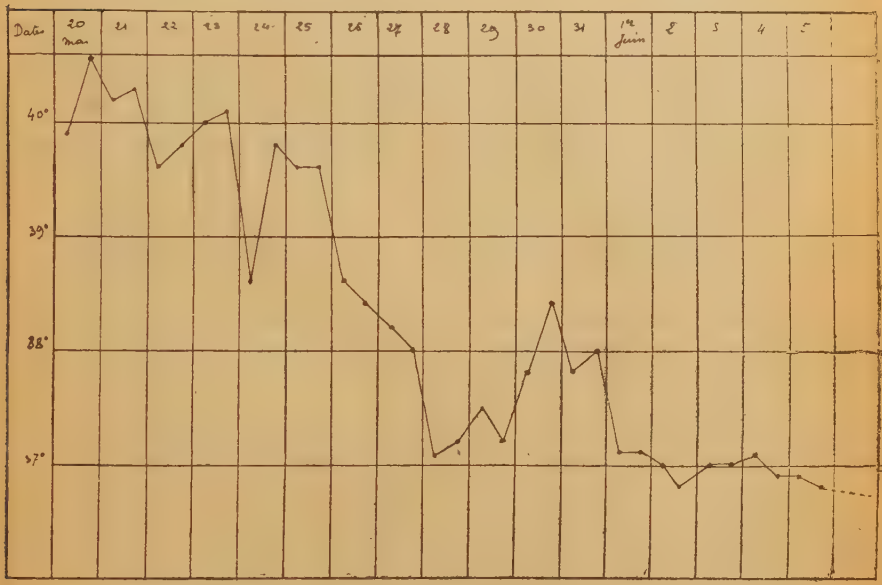
Le 25 Mai, alors que la défervescence se produit, la malade présente une tuméfaction assez marquée de la parotide gauche, sans douleurs appréciables. Les jours suivants, cette tuméfaction s'accroît ; les douleurs sont toujours modérées.

29 Mai. — La malade a un écoulement abondant de pus par le conduit auditif droit. Ce pus provient d'une otite moyenne. A l'examen otoscopique on trouve la membrane tympanique complètement perforée.

30 Mai. — La parotide droite se prend à son tour. La parotide gauche est toujours dans le même état : modérement tuméfiée

et dure. Application de pommade mercurielle sur les deux régions parotidiennes ; l'otite moyenne est traitée. Les jours suivants, l'état des parotides reste toujours stationnaire. L'écoulement purulent de l'oreille a diminué.

7 Juin. — La parotide gauche est fluctuante. Ponction au bistouri : il s'écoule une assez grande quantité de pus grisâtre, mélangé à des débris sphacelés.



8 Juin. — La parotide gauche s'est améliorée, mais suppure toujours. La tuméfaction parotidienne droite, qui ne présentait pourtant pas de fluctuation s'est ouverte spontanément à la partie la plus profonde de la paroi inférieure du conduit auditif externe. Pus épais et en grande quantité.

9 Juin. — La parotide droite est fluctuante au niveau de l'angle du maxillaire. Ponction au bistouri : il sort une assez grande quantité de pus.

La malade quitte à ce moment l'Ambulance, guérie de son typhus mais avec les deux abcès parotidiens qui donnent encore beaucoup de pus.

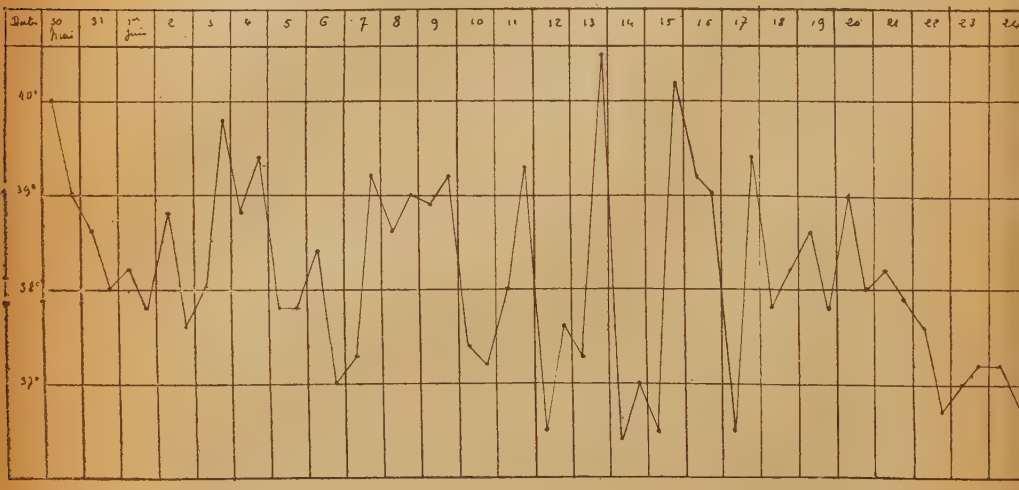
OBSERVATION V

PAROTIDITE GAUCHE NON SUPPURÉE. — INFLAMMATION MAMMAIRE
Guérison

(Voir feuille de température)

H... bent A..., femme indigène, âgée de 20 ans, entre le 30 mai 1910, salle Vulpian, à la fin d'un typhus exanthématique. Malade depuis 20 jours environ. Diarrhée jaune clair. Eruption exanthématique sur le tronc. La parotide gauche est grosse, très dure, non douloureuse.

La parotidite reste latente les jours suivants ; la diarrhée persiste.



5 Juin. — La malade qui n'est ni en état de lactation, ni de gestation, présente une inflammation superficielle assez étendue du sein droit, avec un léger écoulement par le mamelon. Cette

inflammation a un aspect érysipèlateux avec quelques phlyctènes. Pansements humides.

6 Juin. — La parotidite a regressé : la tuméfaction péri-glandulaire a diminué et l'on sent bien la glande qui présente à la palpation une résistance ligneuse. On note de l'œdème du sein droit.

8 Juin. — Légère ulcération du sein droit, accompagnée d'élévation thermique.

12 Juin. — La malade se plaint du sein gauche. A la palpation on trouve des noyaux indurés. Un peu d'œdème.

13 Juin. — La malade a des vomissements bilieux ; langue saburrale, pas de frissons. Les jours suivants, la température s'élève par accès, offrant le type d'une fièvre tierce. L'examen du sang ne montre pas d'hématozoaires. La malade est néanmoins traitée à la quinine.

La diarrhée redevient très abondante le 19 Juin ; le 23 elle diminue un peu, pour disparaître le 26.

29 Juin. — Le sein gauche présente encore quelques petits noyaux d'induration.

Le 10 Juillet, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION VI

Parotidite double suppurée. — *Guérison.*

(Voir courbe de température)

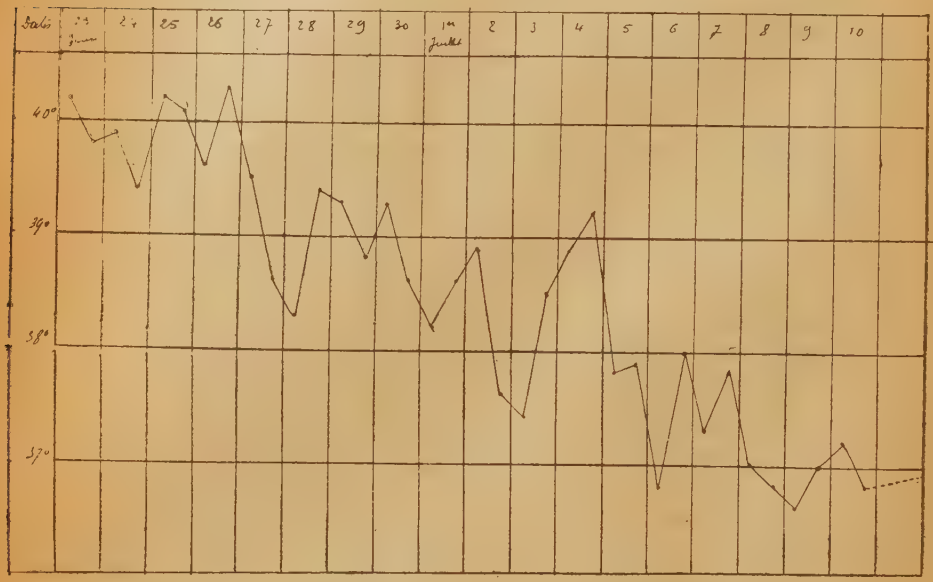
A... S... ben M..., portefaix indigène, âgé de 25 ans, entre le 23 Juin 1910, salle de la Communauté au huitième jour de sa maladie.

Langue sèche et saburrale : conjonctives oculaires légèrement injectées ; constipation ; le ventre n'est pas douloureux ; la rate est un peu grosse et perceptible à la palpation. Légère myalgie à la pression. Eruption exanthématique sur le tronc et sur les membres.

Jusqu'au 28 Juin la maladie suit son cours normal.

28 Juin. — Le malade présente du catarrhe bronchique, avec quelques légers signes à l'auscultation.

29 Juin. — La région parotidienne droite est tuméfiée ; cette tuméfaction s'est produite pendant la nuit. Le catarrhe bronchique persiste, le malade a des crachats muco-purulents.



30 Juin. — La tuméfaction parotidienne a augmenté de volume et s'accompagne d'un œdème assez marqué de la joue droite et des paupières avec un léger chémosis. A l'examen de la bouche on ne note rien du côté du canal de Sténon. Pansements humides.

1er Juillet. — La parotide paraît fluctuante. Ponction au bistouri ; on trouve un tissu œdématie, très dur, offrant la consistance de tissu fibreux. mais on ne rencontre pas de pus. Une deuxième ponction pratiquée en arrière de la première donne le même résultat.

2 Juillet. — Il n'est sorti que du sang des incisions. L'œdéme à un peu diminué.

3 Juillet. — La parotide gauche s'enflamme à son tour brusquement : tumeur dure accompagnée d'un œdème considérable de la joue et de la paupière gauches.

4 Juillet. — L'œdème a encore augmenté et gagné la paupière droite. Le malade ne peut plus ouvrir les yeux. A droite l'abcès parotidien s'est ouvert spontanément, au-dessus des deux incisions, au-dessous et en avant de l'oreille ; il s'écoule par cette ouverture une grande quantité de pus. A l'examen microscopique ce pus paraît stérile, on n'y rencontre pas de microorganismes.

On fait une large incision de la tuméfaction gauche qui paraît fluctuante. Il ne sort que du sang. Le lendemain, l'œdème de la face a considérablement diminué.

8 juillet. — Le malade souffre énormément de la parotide droite qui suppure toujours beaucoup. La parotide gauche est toujours considérablement tuméfiée. Le 9 le pus se fait jour à la partie toute inférieure de l'incision.

13 Juillet. — A droite, la tuméfaction est à peu près disparue; à gauche, la tumeur est toujours très grosse et suppure peu malgré la large incision qui a été pratiquée. Néanmoins le malade peut manger. La parole est un peu gênée. On note une éruption sur le dos de la main droite : une bulle et quelques pustules d'ecthyma.

16 Juillet. — Le malade présente à la région parotidienne droite une profonde excavation, se prolongeant en haut sous le conduit auditif externe et mettant à nu le bord postérieur de la branche montante du maxillaire. A gauche on voit une excavation plus profonde, se prolongeant à la partie inférieure vers le cou. Par la pression on fait sourdre beaucoup de pus de ces deux régions.

Ces plaies s'améliorent à partir du 20 Juillet et donnent moins de pus. Le 7 Août, l'excavation est comblée à droite. A gauche le travail de réparation se fait plus lentement ; la plaie est d'ailleurs plus profonde. Le 16 août, les deux parotides sont entièrement guéries.

OBSERVATION VII

Parotidite droite non suppurée. — *Guérison*

M... M..., femme israélite, âgée de 33 ans, entre le 28 Juin 1910, salle Laveran, au neuvième jour de sa maladie. Conjonctives oculaires légèrement injectées. Langue saburrale et sèche. Eruption exanthématique assez nette et assez étendue. T=40°4.

5 Juillet. — La maladie fait sa défervescence. T=37°.

7 Juillet. — Parotidite droite, s'accompagnant d'un léger gonflement, surtout marqué dans la région rétro-auriculaire. Cette parotidite regresse d'ailleurs presque aussitôt.

Le 10 Juillet à sa sortie, la malade ne présente plus que quelques noyaux indurés de la parotidite.

OBSERVATION VIII

Parotidite double non suppurée. — *Décès.*

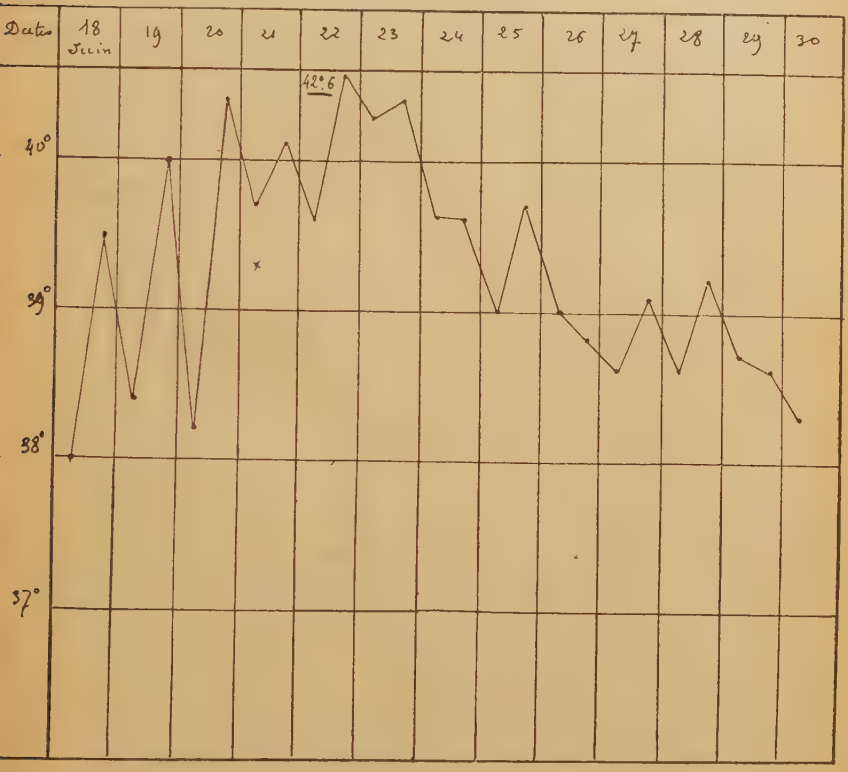
(Voir courbe de température)

Mme M.., femme israélite âgée de 30 ans, entre le 12 Juin 1911 à l'Ambulance d'El-Kettar, accompagnant son enfant atteint d'angine pseudo-membraneuses, sans bacilles de Lœffler. Le jour même elle est brusquement prise de céphalée avec frisson. Quatre jours après apparaît une éruption exanthématique discrète. Le 18 Juin la malade entre salle Laveran. Bouche très sèche, langue rôtie. L'éruption, beaucoup plus visible, est caractéristique.

Jusqu'au 24 Juin, la maladie évolue à peu prés normalement : un peu d'agitation ; alternatives de diarrhée et de constipation, mais bon état général.

25 Juin. — La malade présente une tuméfaction énorme des régions parotidiennes et sous-maxillaire droites. Œdème dur,

douloureux. La peau est rouge, tendue, sans bourrelet erysipélateux. Cette tuméfaction s'est produite pendant la nuit, la veille au soir on n'avait rien remarqué.



26 Juin. — La malade est très abattue, trémulante. Pouls rapide et bien frappé. La tuméfaction a augmenté : la paupière droite est envahie par l'œdème. La malade ne peut rien avaler et presque pas parler. Dans l'après-midi, vive agitation, délire ambulatoire.

28 juin. — La parotidite s'accompagne d'un œdème collatéral très prononcé gênant la déglutition : le front, la paupière droite, l'amygdale droite, la paroi droite du pharynx sont envahis. La

jugulaire ne paraît pas enflammée. En même temps léger ictère, délire, pas de phénomènes méningés.

29 Juin. — Sous l'influence des pansements humides, la parotidite droite et l'œdème ont considérablement diminué ; mais la parotide gauche se prend à son tour ; la tuméfaction est pourtant moins prononcée et n'entraîne pas de troubles fonctionnels. Etat général très grave.

Le 30 au matin, la malade présente un ictère très marqué. A 8 heures elle entre dans le coma. Décès à 9 heures du matin. Pas d'autopsie.

COMPLICATIONS PULMONAIRES

OBSERVATION IX

Broncho-pneumonie. — *Guérison.*

(Voir courbe de température.)

T... bent S..., fillette indigène de 4 ans, entre le 30 Juin 1909, salle Vulpian, avec sa mère, son frère et sa sœur, tous quatre atteints de typhus exanthématique. Aucun renseignement. Pas de signes bien nets. Diarrhée jaune abondante. La malade tousse beaucoup.

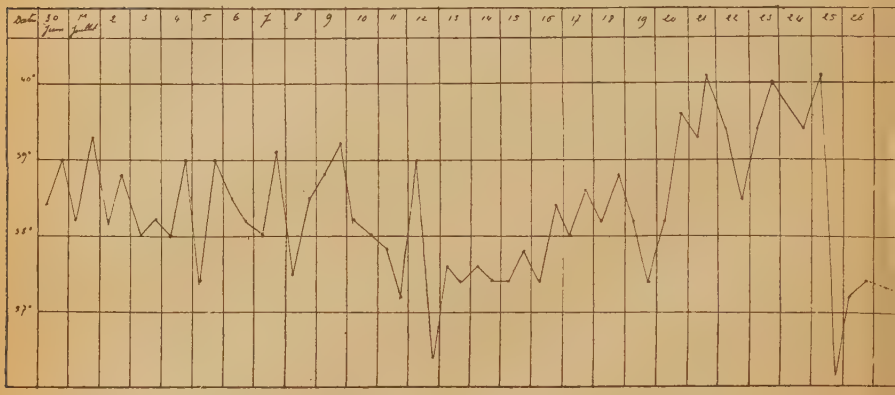
La maladie évolue normalement ; la toux persiste ; bronchite légère plus accusée vers le 8 Juillet : quelques gros râles. L'état général s'améliore les jours suivants ; la malade ne tousse presque plus, mais la diarrhée jaune persiste toujours, abondante et fétide.

Vers le 18, la température qui était revenue à la normale s'élève de nouveau. Un sérodiagnostic pratiqué est négatif à l'Eberth et au Mélitensis. Pas de signes physiques bien nets ; toux légère ; éruption discrète de petites macules.

24 Juillet. — La toux a augmenté. Le poumon gauche présente de la submatite à la percussion. A l'auscultation on perçoit à gauche des râles de bronchite disséminés et un souffle de bron-

chopneumonie à la base. Le 26 ce souffle est remplacé par de gros râles muqueux.

28 Juillet. — On note encore de la submatité et des râles



crépitants du côté gauche. Ces râles sont plus voisins du sommet. Encore un peu de toux.

L'état de la malade s'améliore rapidement. Elle quitte l'Ambulance le 9 Août sans rien présenter du côté de ses poumons.

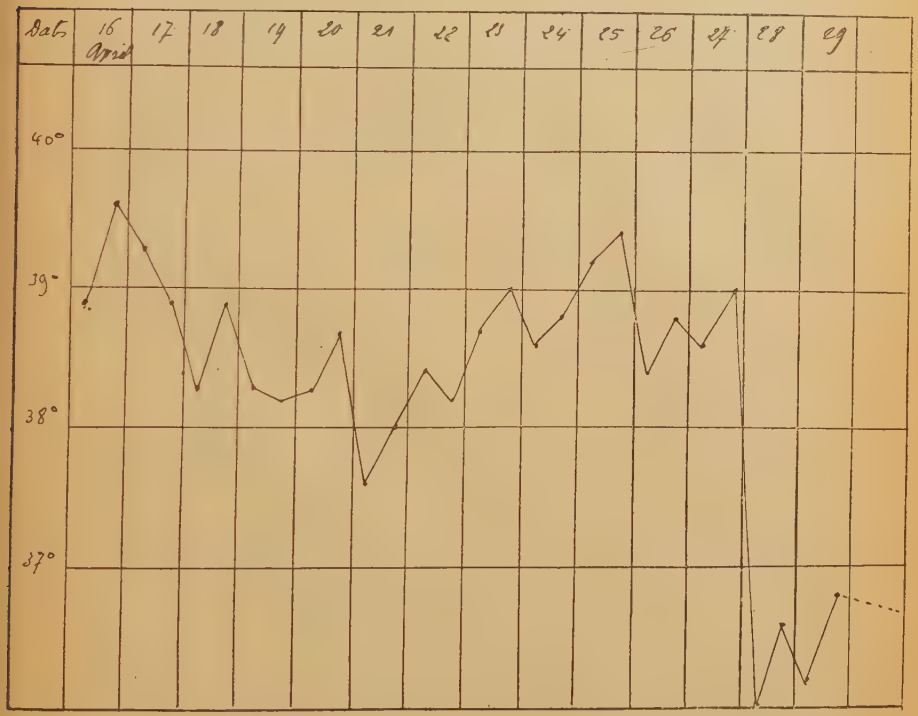
OBSERVATION X

Broncho-pneumonie. — *Guérison*

(Voir courbe de température)

H... ben A..., journalier marocain, âgé de 30 ans, entre le 16 Avril 1912, salle Straus. Malade depuis douze jours. Etat de prostration très marqué. Céphalée. Courbature. Diarrhée jaune. Langue rôtie. Conjonctives oculaires injectées. Le corps est couvert de tâches rouges, surtout visibles aux bras, aux plis de flexions. Toux légère. Pas d'expectoration.

A l'auscultation, en arrière et à droite, on perçoit, au sommet, un souffle, à la base des râles humides, crépitants et sous-crépitants. Rien du côté gauche. Cet état reste stationnaire les jours suivants : l'expectoration est peu abondante, mais prend une teinte « jus de pruneaux ».



20 Avril. — Le poumon droit est mat à la percussion, surtout à la partie inférieure. A l'auscultation le poumon gauche est normal. A droite, à la base, on perçoit de gros gargouillements à l'inspiration. En même temps l'expectoration augmente. Le malade est toujours prostré ; il urine sous lui ; de son nez et de ses yeux s'écoule une sérosité jaunâtre. L'examen des crachats, pratiqué le 22, montre du pneumocoque en abondance.

23 Avril. — La prostration a diminué. L'auscultation du pou-

mon droit permet de percevoir des gargouillements à la base avec une expiration soufflante. La toux est fréquente, l'expectoration a diminué. La langue est toujours sèche et rôtie.

28 Avril. — Le malade tousse toujours, mais n'expectore plus. La base du poumon droit est toujours mate. A l'auscultation l'expiration est prolongée. L'inspiration un peu rude.

5 Mai. — La matité a diminué. Le malade ne tousse et n'expectore plus.

Il sort guéri le 9 Mai. La base droite est encore un peu submate et le murmure vésiculaire un peu voilé.

OBSERVATION XI

Broncho-pneumonie. — *Décès*

(Voir courbe de température)

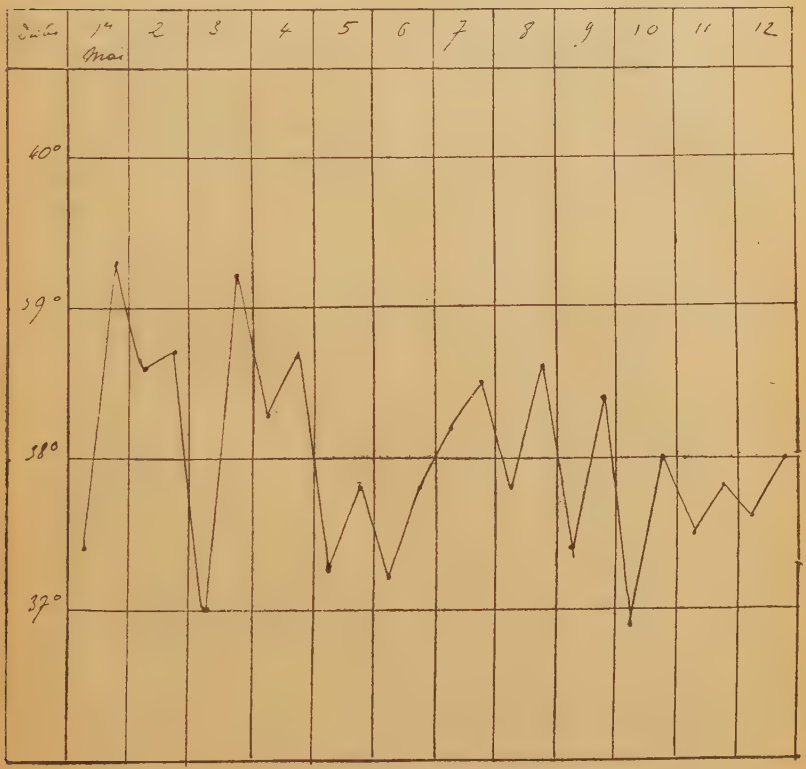
A... ben A... B.... journalier indigène, âgé de 26 ans, entre le 1er mai 1912, salle Straus. Malade depuis quinze jours. Céphalée. Courbatures. Langue rôtie. Eruption de tâches rougeâtres, erythemateuses, sur les membres et le tronc. Le malade déclare avoir toussé et être opressé depuis le début de sa maladie.

A son entrée il est en proie à une dyspnée intense : 40 inspirations à la minute. Toux fréquente. Expectoration sanglante très abondante. A la percussion le poumon droit est mat en avant et en arrière. A l'auscultation : râles humides. Rien du côté gauche.

3 Mai. — La face se couvre de large tâches rouges, qui persistent le 5, alors que l'éruption du tronc disparait lentement.

6 Mai. — Le poumon gauche se prend à son tour : à la percussion, on trouve de la matité remontant presque jusqu'au sommet : à l'auscultation râles humides. Le poumon droit est toujours aussi mat ; à l'auscultation, on entend des gargouillements. Une ponction exploratrice de ce poumon ne donne rien.

7 Mai. — La matité pulmonaire a disparu en avant ; l'auscultation permet d'entendre à droite des gargouillements à l'inspiration et à l'expiration ; à gauche une respiration soufflante. En arrière la matité persiste : râles humides à droite et à gauche.



Le même jour le malade à une vomique assez abondante, purulente et sanglante.

9 Mai. — A la base du poumon droit existe une zone de ramollissement, caractérisée par de gros craquements humides. Tout autour, presque jusqu'au sommet, râles fins de congestion. L'examen microscopique des crachats montre du pneumocoque ; pas de bacilles de Koch, ni de Yersin.

L'état s'aggrave les jours suivants : toux fréquente, nombreux crachats purulents et sanglants.

Le malade est décédé le 13 mai, à 2 heures du matin.

Autopsie. — Le foie est gros, pesant trois kilogrammes. Kyste hydatique de la face supérieure de la grosseur d'une orange, rempli de vésicules.

Le poumon droit présente de nombreuses lésions cavitaires remplies de pus, ayant envahi tout le parenchyme, mais particulièrement marquées à la base.

Le poumon gauche présente quelques rares lésions, au début.

GANGRÈNES

OBSERVATION XII

Artérite de la fémorale droite. — Gangrène de la jambe

Amputation, Guérison.

M.... ben A..., nègre soudanais, âgé de 40 ans, tailleur de pierres, entre le 6 Juillet 1909, salle de la Communauté. Conjonctives oculaires injectées. Dents fuligineuses. Langue saburrale et sèche. On ne peut voir d'éruption sur sa peau noire. T. : 40°4 — Pouls : 92°.

La maladie évolue normalement.

16 Juillet. — Le malade se plaint de sa jambe droite, un peu au-dessous du genou. La jambe droite parait un peu plus froide que la gauche. Jusqu'au 20 mai le malade accuse toujours des douleurs légères accompagnées d'engourdissement. On ne note pas d'œdème du pied.

21 Juillet. — La jambe droite est œdématiée, froide et douloureuse. Légère anesthésie en botte au-dessous du genou. On ne perçoit pas les battements de l'artère poplitée.

26 Juillet. — Les extrémités des orteils sont atteints de gangrène sèche. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont impossibles. La sensibilité n'est pourtant pas complètement abolie. Au dessous du genou, on remarque quelques bulles remplies d'une sérosité claire.

La gangrène gagne lentement le membre. Mais brusquement le 29 Juillet, la jambe présente un œdème considérable, avec de la crépitation gazeuse remontant jusqu'au genou. Odeur extrêmement fétide.

Le 30 Juillet, le malade est évacué sur l'hôpital de Mustapha, où il entre, salle Larrey, service du Docteur Sabadini. A ce moment, l'œdème et la crépitation remontent jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Sur toute la jambe, bulles remplies d'une sérosité roussâtre.

Le Dr Sabadini pratique l'amputation à la partie toute supérieure de la cuisse. Le tissu cellulaire sous-cutané est œdématié et infiltré. Les lambeaux ne sont pas rejoints provisoirement.

L'état du malade s'améliore rapidement et un mois après il quitte l'hôpital avec un résultat opératoire très satisfaisant.

OBSERVATION XIII

Gangrène buccale. — *Décès*

(Voir courbe de température)

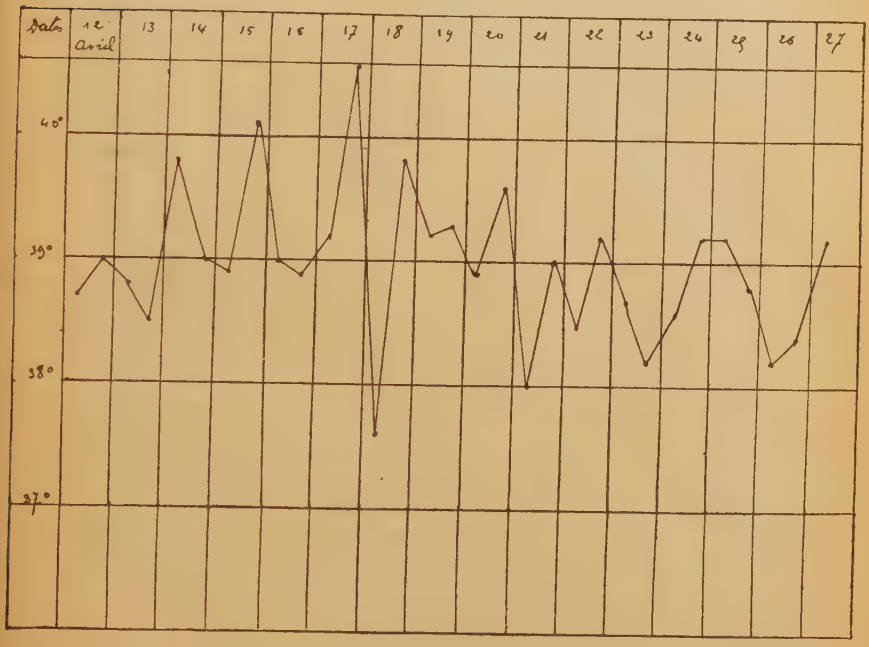
J... F..., âgé de 12 ans, italien, tailleur d'habits, présente depuis deux mois environ de la fièvre, des céphalées, de la diarrhée. Une de ses sœurs est morte il y a un mois à l'Ambulance d'El-Kettar de typhus exanthématique et actuellement ses deux frères y sont en traitement pour la même maladie.

Le 10 avril 1912, les symptômes s'aggravent et une éruption de tâches rouges apparaît d'abord sur les bras, puis gagne rapidement le tronc et la face. Le malade entre le 12 Avril, salle Straus, avec le diagnostic de typhus exanthématique.

A son entrée, il est dans un état de prostration intense ; il ne peut se tenir sur ses jambes. Il est agité d'un tremblement continu et se plaint de céphalée violente. L'éruption est très visible sur le corps ; le nez, les oreilles et les paupières sont tuméfiés et

d'une coloration rouge intense ; les joues présentent des plaques d'un rouge vineux.

Le malade a de la diarrhée jaune verdâtre et peu d'urines. La langue est sèche et rôtie et présente une ulcération du côté gauche.



13 Avril. — Le malade est toujours dans le même état asthénique.

14 Avril. — Le malade perd spontanément une dent de la mâchoire inférieure. En examinant la cavité buccale on voit que les dents sont déchaussées ; les gencives ont une coloration jaunâtre. Malgré les soins locaux, l'ulcéralion linguale persiste. L'haleine est très fétide.

17 Avril. — Chute spontanée d'une deuxième dent. La joue droite est tuméfiée et indurée.

18 Avril. Au niveau de l'induration de la joue droite apparait une ulcération buccale à fond noirâtre. L'haleine est horriblement fétide. Presqu'en même temps apparait une plaque de sphacéle noire, à la commissure labiale droite. A droite les gencives sont ulcérées et saignantes ; à gauche l'ulcération linguale s'étend.

Les jours suivants l'ulcération buccale gagne en profondeur, tandis que la joue se sphacelie extérieurement. Le malade perd toujours des dents spontanément.

Il se produit alors une fonte sphacélique rapide des tissus de la joue droite. Le 20 Avril, le malade présente une vaste excavation qui ne tarde pas à communiquer avec la cavité buccale : la joue droite a presque entièrement disparue ; on a une immense dénudation faciale permettant de voir les maxillaires, décharnés et noirs comme du charbon.

La gangrène gagne toujours les tissus environnants. Le malade est en proie à des souffrances épouvantables. Salivation hémorragique continuelle, Impossibilité presque absolue de la déglutition.

Malgré tous les traitements locaux (eau oxygénée, bleu de méthylène, nitrate d'argent...) ou généraux (huile camphrée....) le malade est décédé le 27 Avril de consomption rapide. A ce moment toutes les parties molles de la joue droite ont disparu. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIV

Escharre sacrée. — Collapsus cardiaque. — *Décès.*

Mme M..., 50 ans, israélite, entre le 31 mai 1909, salle Laveran. Malade dans un état de prostration complète ; ne peut donner aucun renseignement sur la marche antérieure de la maladie. Langue très sèche ; éruption exhanthématique assez marquée. T=39°4.

La maladie présente une forme grave, asthénique. La courbe

de température est irrégulière, présentant des défervescences et des recrudescences très brusques.

8 Juin. - On note une ulcération de la région sacrée, un peu à gauche, qui donne naissance à un escharre assez étendu. En même temps, phénomènes de collapsus cardiaque : pouls à 108, petit et filant. La température s'élève rapidement de 37° à 41°5. Décès le 10 Juin, à 8 heures du soir. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XV

Escharre fessière. — *Sortie avant complète guérison.*

F... bent K..., femme indigène, âgée de 30 ans, entre salle Laveran le 12 Juin 1909. Etat typhique très prononcé. La malade ne peut fournir aucun renseignement. Langue très sèche. Piqueté purpurique, surtout visible à la ceinture. Délire locomoteur. T = 40°4.

14 Juin. — Carphologie ; mouvements choréiformes ; pupilles réagissant lentement ; pas de signe de Kernig. L'éruption exanthémo-pétéchiale est très marquée.

17 Juin. — L'état ataxo-adynamique persiste. La malade a moins de délire, mais du refroidissement des extrêmités.

19 Juin. — La malade présente à la partie supério-postérieure de la cuisse droite une immense bulle de 5 à 6 centimètres de diamètre.

Cette bulle disparaît le 21 juin ; à sa place une région ulcérée. L'état général est un peu meilleur, mais la malade est toujours agitée. T = 36°2.

26 Juin. — L'ulcération de la cuisse droite a donné naissance à un vaste escharre, qui s'infecte et qui est très difficile à soigner car la malade arrache ses pansements. T=36°8.

30 Juin. — Il se forme une tumeur presque indolore de la fesse gauche, qui s'ouvre spontanément le 2 Juillet ; il sort beaucoup de pus à la pression.

9 Juillet. — L'abcès de la fesse gauche est bien amélioré. A droite l'escharre affecte la forme d'une presqu'île de peau saine, limitée par des bords profonds et taillés à pic et reliée aux tissus environnants par un pont cutané étroit.

14 Juillet. — L'escharre droite élimine de gros lambeaux de peau sphacelée. Le 15 on sectionne l'îlot au thermo-cautère.

L'état de l'escharre s'améliore très lentement. Le 31 Juillet la malade sort sur sa demande, incomplètement guérie.

Nous devons encore signaler cinq cas de complications parotidiennes qui se sont produites en Février-Mars 1910, dont nous n'avons pu nous procurer les observations, mais qui ont été rapportées dans une étude de notre ami le Dr Maury

Ces cinq observations ont trait à des cas de parotidites simples ou doubles non suppurées, survenues pendant la convalescence et dont la marche clinique diffère peu de celles que nous avons rapportées en détail.

DES PAROTIDITES

Sur vingt cas de complications observés à Alger, de 1909 à 1912, on compte treize parotidites : l'inflammation parotidienne a donc eu une grande fréquence ; il en a d'ailleurs été ainsi dans presque toutes les épidémies.

Nous n'entreprendions pas ici une description de l'affection, nous n'aurions peu de chose à ajouter à celle qu'en donne Murchison dans son traité du typhus exanthématique. Signalons cependant que dans la plupart des cas que nous avons observés, la parotidite s'est déclarée au début de la convalescence ; son apparition a été rapide et insidieuse, sans provoquer presque de rêactions locales ou générales. Nous avons eu une fréquence à peu près égale d'inflammations parotidiennes doubles et simples.

Le plus souvent la fluxion a regressé rapidement, en quatre ou cinq jours en moyenne. Trois fois seulement nous avons observé de la suppuration. Les symptômes initiaux présentant dans les deux cas la même intensité, on ne peut prévoir dès le début, si la parotidite évo-

luera vers la suppuration ; la persistance de la tuméfaction paraît un signe en sa faveur.

La plupart des auteurs, qui ont observé des complications parotidiennes, considèrent qu'elles assombrissent beaucoup le pronostic de la maladie.

« Quelques auteurs, dit Murchison, ont regardé ces « bubons comme critiques et favorables. Au contraire, « d'après mon expérience, ils constituent, chaque fois « qu'ils arrivent à suppuration, une formidable compli- « cation. Il est vrai que parfois on peut les rencontrer « dans des cas légers, aux environs de la crise ; mais, « de temps en temps, ils surviennent dans la première « semaine de la maladie, et, en général, ils augmen- « tent beaucoup la gravité du cas, s'ils ne sont pas mê- « me la cause immédiate de la mort. Pendant les deux « années 1856-1857, 21 cas de typhus au *London Fever* « *Hospital* se compliquèrent de parotidite, et 14 ou « 66 o/o furent suivis de mort... » Il ajoute plus loin : « Les bubons parotidiens et autres ont été notés dans « beaucoup d'épidémies et ont été ordinairement cités « comme une complication sérieuse du typhus. Il y a « longtemps que Rivierus, dans sa relation de l'épidé- « mie de typhus de Montpellier, remarquait qu'un « grand nombre de malades avaient des gonflements « des régions parotidiennes apparaissant du neuvième « au onziéme jour, et que la majorité des sujets succom- « baient en l'espace de deux jours... Lind, en 1762,... « a observé « un gonflement des glandes parotides » « et « ceux qui en étaient atteints mouraient ordinaire-

« ment »... Dans son rapport sur l'épidémie de Dantzig, « M. Tort disait : « Dans quelques cas aussi, manifesta- « tion de parotidites toujours alors mort. » Les gonfle- « ments parotidiens furent une complication fréquente « du typhus dans l'armée française en Crimée. « Ces « parotidites dit Jacquot, uniques ou doubles, sont tou- « jours très graves. » Enfin M. Barralier... ajoute : « La « suppuration étendue des parotides, et du tissu cellu- « laire environnant a souvent été d'un fâcheux augure ; « sur les 24 malades qui ont présenté cet accident (paro- « tidites suppurées) 15 ont succombé... »

Au contraire, dans les cas que nous rapportons, les parotidites ont évolué vers la guérison, même dans les cas où la suppuration s'est largement étendue aux parties voisines. Les deux décès rapportés (Obs. I et VIII). ne paraissent pas dûs à la complication parotidienne : la malade de l'observation I est morte en état de collapsus cardiaque, terminaison fatale assez fréquente du typhus exanthématique ; la malade de l'observation VIII a présenté des phénomènes généraux très graves, et, d'ailleurs, est décédée alors que les parotidites avaient beaucoup rétrocédé. Dans aucun de ces deux cas l'inflammation n'avait abouti à la suppuration.

Peut-être la gravité des infections parotidiennes, observées antérieurement, est-elle dûe au fait même de l'ouverture à l'extérieur, d'un foyer suppurant et aux graves complications qu'elle entraînait alors, mais que l'asepsie nous permet actuellement d'éviter en partie.

On pourrait encore faire une distinction entre certaines complications parotidiennes, observées pendant

d'autres épidémies, se déclarant dès le début ou au cours du typhus et celles que nous rapportons survenues pendant la convalescence : les premières accompagnant toujours peut-être une forme grave du typhus et entraînant ainsi un pronostic défavorable...

Au point de vue de la localisation anatomique de l'infection, Murchison dit : « Les gonflements inflamma-« toires, ou bubons, ne sont pas une complication rare « du typhus. Leur siège ordinaire est la région paroti-« dienne ou sous-maxillaire, et on les attribue ordinai-« rement à l'inflammation des glandes de ces régions ; « mais comme l'ont montré les Drs Craigie et Graves, « l'inflammation a certainement son siège dans le tissu « aréolaire sous-cutané et non dans la substance glan-dulaire même ... »

Il ne nous semble pas que l inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, ni l'adénopathie des ganglions de la région, soient la cause de la fluxion parotidienne. La palpation même au début, permettait en effet de sentir une tuméfaction profonde, limitée, massive et régulière.

D'autre part, les lymphatiques afférents aux ganglions situés dans la loge parotidienne proviennent, ainsi que l'indiquent Poirier et Cunéo, de l'oreille externe, de la caisse du tympan et de la peau de la région supérieure et latérale de la face, régions qui n'étaient pas infectées chez nos malades. Même chez le malade de l'observation IV on ne peut invoquer, comme origine de la deuxième atteinte parotidienne, l'otite moyenne anté-

rieure, puisque, du côté opposé, la parotidité n'avait été précédée d'aucune inflammation auriculaire.

Néanmoins, la fréquence des adénopathies dans le typhus exanthématique, d'autre part la situation profonde de certains ganglions de la loge parotidienne, ne permettent pas d'éliminer complètement l'hypothèse d'une inflammation ganglionnaire de la région.

Mais, en général, l'inflammation de la glande paraît le fait initial.

A première vue, l'infection de la parotide par la voie canaliculaire ascendante paraît très plausible : chez tous les typhiques, la langue est sèche et rôtie, les dents sont fuligineuses, la cavité buccale est recouverte d'une couche épaisse d'un enduit blanchâtre, où pullulent de nombreuses espèces microbïennes. Chez bien des malades, dans un état de prostration extrême, la désinfection de la bouche ne peut être faite d'une façon suffisante. Les microorganismes remonteraient le canal de Sténon, d'autant plus facilement que la secrétion salivaire est abolie, et gagneraient ainsi la parotide.

Mais nous n'avons jamais trouvé l'orifice du canal de Sténon rouge, ni tuméfié, et la pression à son niveau n'a jamais fait sourdre de pus. D'autre part comment expliquer que c'est au moment de la convalescence, alors que la secrétion salivaire se rétablit, que se produit cette affection ascendante ? Enfin nous avons vu survenir des parotidites chez des malades dont la cavité buccale n'avait pas été profondément infectée.

Quant à l'apport des germes par voie sanguine, que l'on tend de plus en plus à invoquer dans les infections

glandulaires, il paraît dans ces cas, sinon constant, du moins très fréquent.

Chez le malade de l'observation II, le jour même où apparaît l'affection parotidienne, on ensemence du sang sur bouillon. L'examen de la culture montre la présence de staphylocoques, et de diplocoques très mobiles ne prenant pas le Gram. Six jours après les deux parotides sont ponctionnées et l'examen immédiat du pus permet d'y retrouver précisément ces deux microorganismes, le staphilocoque et le diplocoque, présentant les mêmes caractères morphologiques.

Il semble donc bien probable qu'il existait d'abord une infection sanguine, qui s'est traduite par une localisation sur la parotide.

Cette pathogénie nous permet en outre d'expliquer la mamite gauche de la malade de l'observation V où des foyers d'inflammation ont apparu, sans qu'il existe de lésions du voisinage et sans qu'aucune autre cause paraisse pouvoir être invoquée. Enfin, peut-être pourrait-on attribuer à une infection sanguine, à localisation hépatique, les phénomènes graves qui ont terminé fâcheusement l'atteinte de typhus de la malade de l'observation VIII.

COMPLICATIONS PULMONAIRES

Les complications pulmonaires signalées comme très fréquentes dans certaines épidémies ont été relativement rares à Alger , de 1909 à 1912 : nous n'en rapportons que trois cas, mais ces trois cas ont trait à de véritables complications.

Nous pensons, en effet, que certains auteurs ont rangé parmi les complications pulmonaires des phénomènes à peu près constants dans le cours du typhus, mais qui, dans certains cas particuliers avaient pris une plus grande importance.

Netter, décrivant la symptomatologie du typhus exanthématique, dit : « Troubles de l'appareil respiratoire. « Il est à peu près constamment lésé. Il est de règle de « constater pendant le second septenaire quelques râles « secs aux bases. Dans les cas plus accentués il y a en « même temps de la matité dans une certaine hauteur. « Avec la matité on note des vibrations exagérées, du « retentissement de la voix, de la respiration puérile et « même soufflante et des râles sous-crépitants. Tous « ces phénomènes ne donnent pas en général lieu à des « plaintes du malade qui n'accuse ni point de côté, ni « toux, ni expectoration.

« On note seulement une accélération des respirations « et une coloration légérement violacée.

« Ce n'est que vers la fin que le malade commence à « tousser et que les efforts de la toux peuvent amener « un mucus transparent, adhérent, peu aéré et souvent « teinté de sang.

« Au moment où le typhus se termine, ces accidents « s'amendent et la résolution de la pneumonie ne tarde « pas à se produire. . . »

Les observations que rapporte Joffrion paraissent avoir trait pour la plupart à des cas où les malades ont présenté une forme de typhus accompagnée de symptômes pulmonaires très marqués. Les accidents de l'appareil respiratoire se sont montrés peu après le début de la maladie et la fin de celle-ci a précédé de peu leur résolution.

Au contraire, Combemale, à Lille, a décrit de véritables complications. Il écrit au sujet des deux premières observations qu'il rapporte : « L'un et l'autre font un ty- « phus sévère, mais exempt de complications durant les « deux septenaires fébriles. Et ce n'est qu'au moment de « la défervescence que s'installent sans bruit les lésions « pulmonaires les plus graves qu'il soit ; la broncho- « pneumonie devient de plus en plus évidente. Et enfin « comme caractère commun l'un et l'autre aboutissent à « l'infection purulente pulmonaire comme en témoi- « gnent leurs crachats fétides, leurs vomiques purulen- « tes.. . »

La marche de l'affection chez nos trois malades se rapproche sensiblement de celle que rapporte Combemale : ce n'est qu'à la fin du typhus, après un intervalle de temps assez considérable même pour l'observation

IX, que nos malades font leur complication pulmonaire. La terminaison n'a pas toujours été aussi fatale, mais chez le malade de l'observation XI, où la bronchopneumonie aboutit à la mort, la marche et les symptômes de l'affection sont identiques à ceux que décrit Combemale.

La pathogénie de ces complications varie suivant les différents observateurs : Joffrion voit les bronchopneumonies coexister le plus souvent avec d'autres infections et Murchison les signale comme pouvant succéder à des thromboses artérielles ou à des gangrènes. La description de Combemale est caractéristique à ce point de vue : chez l'un de ses malades s'est installée une infection pulmonaire, qui a pris elle même un caractère contagieux et s'est transmise de malades en malades : « Aussi, dit-il, je me crois autorisé à conclure qu'une « épidémie secondaire est venue se greffer sur le ty- « phus que l'on soignait..,» Cette propagation des complications rappelle bien en effet les véritables épidémies de bronchopneumonies que l'on voyait autrefois se développer dans les salles de rougeoleux.

Nous ne pouvons pas invoquer cette pathogénie pour nos malades, mais il est à remarquer qu'ils ont présenté dès le début de la maladie des phénomènes pulmonaires, toux et expectoration, que l'on n'observe pas en général pendant toute la durée du typhus. Peut-être ces lésions ont-elles mis le poumon en état de moindre résistance et contribué à la localisation d'une infection secondaire à ce niveau.

Quant au pronostic de ces complications, Joffrion fait une distinction entre celles qui se déclarent au

cours même du typhus, et qu'il considère comme curables et celles qui apparaissent pendant la convalescence, et qu'il regarde comme toujours mortelles. De même Combemale dit : « On n'est plus fondé à croire « que dans le typhus exanthématique les complications « sont peu graves et peu fréquentes : graves et fréquentes « elles le sont dans le cours de la maladie, elles le sont « aussi et surtout lorsqu'elles se déclarent en son déclin. »

La différence de pronostic entre les complications apparaissent au cours du typhus et celles de la convalescence, semble confirmer ce que nous disions plus haut c'est que les premières ne sont que des formes pulmonaires de la maladie primitive, et les secondes seules de véritables complications. Comme le dit Netter, les symptômes pulmonaires du typhus disparaissent en même temps que lui et ne semblent pas assombrir notablement le pronostic.

Quant aux complications tardives, considérées comme presque toujours fatales, elles ne nous paraissent pas comporter nécessairement un pronostic aussi sombre. Dans les cas que nous avions observés, nous trouvons sur trois complications tardives, suivies de guérison et une seule mortelle. La moindre gravité de ces cas guéris est dûe peut-être à la forme pseudo-lobaire et limitée de la bronchopneumonie et à l'agent microbien, le pneumocoque, qui a été retrouvé dans l'un des cas. Dans le cas mortel le pneumocoque était bien en cause mais les lésions étaient disséminées et ont abouti à la suppuration d'un poumon.

DES GANGRÈNES

Les auteurs qui se sont occupé du typhus, ont presque tous signalé des gangrènes parmi les complications possibles. Murchison le sa surtout observées comme succédant à des infections secondaires post-typhiques. Dans les cas que nous rapportons elles constituent les seules complications

Leur pathogénie est assez diffuse : Murchison les divise en gangrènes par pression et gangrènes spontanées, dûes à des thromboses artérielles. Chez le malade de l'observation XII, l'origine de la gangrène est évidente : elle a fait suite à une artérite de l'artère femorale. Les deux cas d'escharres peuvent rentrer dans la catégorie des gangrènes par pression, puisqu'elles siègent, l'une au sacrum, l'autre à la région fessière. La pression vraisemblablement n'a fait que déterminer la localisation d'une infection secondaire. Quant au noma, causé pour Murchison par une thrombose artérielle, nous pensons qu'il est dû dans le cas que nous rapportons, à l'infection extrême de la cavité buccale du malade.

Sauf dans ce cas de noma, la gangrène, par elle-même, ne semble pas entraîner un pronostic fatal. L'es-

charre qui chez le malade de l'observation XIV est survenue peu de temps avant la mort, ne semble point devoir être impliquée. Les infections surajoutées, ayant déterminé la gangrène humide, ont mis surtout en danger la vie du malade qui dût être amputé. Enfin chez le malade de l'Observation XV, son escharre était en bonne voie de guérison à sa sortie de l'Ambulance.

***

Si les cas de gangrènes que nous rapportons ne semblent guère influer sur le pronostic du typhus, nous voyons au contraire qu'ils ont toujours été précédés d'une forme particulièrement grave, au moins pour les cas où l'infection semble avoir joué un rôle prépondérant.

Mais les autres infections, pulmonaires ou glandulaires, n'ont pas toujours suivi une atteinte sévère de typhus ; certaines complications même sont apparues après une forme légère.

Dans certains cas enfin, les malades ne sont venus à l'Ambulance qu'au déclin de leur typhus et nous n'avons eu à observer que les complications consécutives. Notamment, chez les deux malades des observations X et XI, dont les bronchopneumonies, à forme pseudo-lobaires, pouvant en imposer jusqu'à un certain point pour une pneumonie primitive, attiraient surtout l'attention, le diagnostic de typhus, n'a pu être porté qu'en recherchant avec soin les symptômes caractéristiques

Et nous pensons que quelquefois, on a pu laisser passer la maladie primitive, dans des cas où les symptômes des complications en imposaient pour une affection bien déterminée et isolée, alors que les signes du typhus exanthématique antérieur avaient déjà disparu ou avaient été peu marqués.

*
**

D'après ce que nous venons de montrer, il ne parait pas possible, pour les cas que nous avons observés, d'établir un rapport entre la gravité du typhus et la gravité et la fréquence des complications. Il nous semble de même difficile de faire un rapprochement entre ces caractères des complications et le nombre d'atteintes de typhus : épidémies ou cas isolés.

Pour ces quatre dernières années, à Alger, nous pouvons établir le tableau suivant :

ANNÉES	Nombre des Cas	Décès	Taux des décès	Complications	Taux des Complications	Décès par Complications	Taux par rapport au nombre des Décès	Taux par rapport au nombre des Complications
1909	187	74	40 °/₀	6	3 °/₀	0		
1910	305	90	30 °/₀	10	3.5 °/₀	0		
1911	19	3	15 °/₀	1	5 °/₀	0		
1912	22	8	37 °/₀	3	13.5 °/₀	2	25 °/₀	66 °/₀
TOTAL	533	175	32 °/₀	20	3.75 °/₀	2	1.3 °/₀	10 °/₀

En 1909, nous observons une épidémie courte, mais violente ; la mortalité est très élevée ; pourtant on ne voit qu'un petit nombre de complications, peu graves, aucune d'elles n'est fatale.

L'épidémie dure plus longtemps en 1910, le taux des décès est un peu moins fort, mais toujours peu de complications et leur bénignité est remarquable.

En 1911, une seule complication parmi les cas isolés, mais en 1912, la maladie prend une allure grave, la mortalité redevient élevée, les complications sont relativement fréquentes et leur terminaison souvent fatale.

En considérant la moyenne des années 1909 à 1912, nous voyons que le typhus exanthématique, fréquent à Alger, d'un pronostic grave, puisque le chiffre de la mortalité est supérieur à celui des autres épidémies, n'a été accompagné ou suivi que rarement de complications. Ces complications se sont terminées ordinairement par la guérison et n'ont contribué que d'une façon tout à fait secondaire à la mortalité générale de la maladie.

CONCLUSIONS

1) Pendant les années 1909, 1910, 1911. 1912, les infections secondaires, immédiates, du typhus exanthématique ont été plutôt rares, à Alger, et d'un pronostic assez favorable. Parmi ces complications, les parotidites ont été de beaucoup les plus fréquentes.

2) La maladie antérieure paraît avoir agi en préparant le terrain et en favorisant l'entrée des germes pathogènes, sans exalter leur virulence.

3) Ces complications, exception faite pour les accidents de gangrène, n'ont pas nécessairement succédé à une atteinte sérieuse de typhus.

4) Il n'est pas possible d'établir un rapport entre la fréquence et la mortalité des cas de typhus, et la fréquence et la mortalité des complications.

5) En présence d'un cas de typhus exanthémathique, il conviendra d'être toujours réservé sur la possibilité d'une infection secondaire et sur le pronostic de cette complication.

6) Dans les régions où le typhus exanthématique règne à l'état endémique, et à plus forte raison en temps d'épidémie, il est bon, en présence d'une infection, affectant même l'allure d'une maladie primitive, de rechercher avec attention les signes d'un typhus antérieur possible.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : Le Président,
THOINOT.

Vu : Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

MURCHISON. — Le typhus exanthématique. Traduit et annoté par THOINOT et DUBIEF.

THOINOT. — Annales d'hygiène et de médecine légale. — 1893.

JOFFRION. — Des complications pulmonaires dans le typhus exanthématique. Thèse de Paris. — 1893.

COMBEMALE. — Des complications pulmonaires graves dans le typhus exanthématique. — Bulletin général de thérapeutique. — 1894.

THOINOT. — Article « Typhus exanthématiqne » dans le « Traité de médecine CHARCOT-BOUCHARD et BRISSAUD ».

NETTER. — Article « Typhus exanthématique » dans le « Nouveau traité de médecine et thérapeutique GILBERT et THOINOT ».